

[様式 9 - 1]

福祉サービス等第三者評価結果

総合評価

受診施設名	障害者支援施設美山育成苑	施設種別	施設入所支援、生活介護、短期入所
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会		

令和元年9月24日

総 評	<p>美山育成苑は、南丹市美山町の山間部に位置しており、周りは緑に囲まれた自然豊かな環境の中にあります。敷地内に田畑があり、できるところを就労の一環として職員と利用者が一緒になって農業に取り組まれています。</p> <p>近年、京都縦貫道が開通したことから施設への車でのアクセスが便利になったことで家族が来所しやすくなり、利用者の一時帰宅もしやすい環境になりました。また、施設内には利用者と家族の宿泊施設である天寿寮があり、団らんでできる環境があります。</p> <p>平成31年4月には施設を増築され、個室の整備を進められました。増築された棟からでも既存の施設に行き来しやすい設計になっています。また、利用者は行き来する来客者などに元気よく挨拶し、気持ちよく迎え入れてくれます。</p> <p>施設の一大イベントとなる「苑まつり」を毎年開催し、地域住民、家族、利用者が交流できる機会を作っておられます。他にも地域や市からの情報を施設に取り入れています。</p> <p>さらに、利用者の個別のニーズを汲み取り、日々の記録、計画書などを適切に整備されています。これを職員が情報共有することで、利用者の日々の生活、活動にニーズ等を反映し、生活の質を高めるサービスの提供に努めています。</p>
特に良かった点(※)	<p>○メンタルヘルス対策</p> <p>事業所独自で取り組んでいる、虐待研修から現状の対応を見直し、職員の悩みなどの聞く機会の「ハートネットプロジェクト」では、虐待の理解を行い、得た情報から各職員が現状と向き合いながら行動などを改めたり、ストレス回避として不安や悩みを周りや相談し、気持ちよく働ける環境を見直す機会を設けたりしておられます。定期的に行なわれる事で職員からの抱えている問題を共有できています。</p> <p>○地域とのコミュニケーション</p> <p>南丹市の多くの関係団体が参加している障害者ネットワーク会議に出席し、関係団体と情報交換を行っています。社会資源が少ない中で、地域の情報を得て、施設で情報提供をすることで、利用者の生活の意欲の向上に繋がっています。</p> <p>○個別支援計画の評価</p> <p>アセスメントシート、個別支援計画、モニタリングシートは、利用者本人だけでなく、家族からも十分な聞き取りを行い、様々な情報を収集した上で適切に作成されています。また、日ごろの状況などを踏まえ、定期的にケース会議を実施し、利用者のニーズを尊重した支援が行われています。</p>

<p>特に改善が 望まれる点(※)</p>	<p>○事業計画の策定 事業所の理念や基本方針を実現に向けての中・長期計画が策定されていません。中長期計画を作成することで地域との関係性やチームビルディング、人材育成など、組織として計画的に取り組むことが明確でき、今後の取り組みの方向性が示せると思います。</p> <p>○管理体制 作成できていないマニュアル、定期的に見直しされていないマニュアルがあります。マニュアルを整備し、確認事項などを職員全員が共有することで事故や苦情対応の不備などが軽減されます。職員全員が気持ちよく業務が遂行できるよう、分かりやすいマニュアルを整備してはいかがでしょうか。</p> <p>○余暇・レクリエーション 利用者の高齢化や心身の状態、職員配置など、いくつかのリスク管理を行う中で、外出レクリエーションの機会が少なくなっています。利用者は外出レクリエーションを楽しみにしていますので、少しでも多くの機会を設けることができるように、計画、実行されることを期待します。</p>
---------------------------	---

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントは「評価結果対比シート」の「自由記述欄」に記載しています。

京都府福祉サービス等第三者評価事業

[様式9-2]

【障害事業所版】

評価結果対比シート

受診施設名	障害者支援施設美山育成苑
施設種別	施設入所支援、生活介護、短期入所
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会
訪問調査日	令和元年6月23日

I 福祉サービスの基本方針と組織

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
I-1 理念・基本方針	I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。	① 理念が明文化されている。	a	a
		② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	a
	I-1-(2) 理念、基本方針が周知されている。	① 理念や基本方針が役員及び職員に周知されている。	b	a
		② 理念や基本方針が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	b	b
I-2 計画の策定	I-2-(1) 事業計画の策定について	① 各年度計画を策定するための基礎となる中期(概ね3年)もしくは長期(概ね5年以上)計画が策定されている。	c	c
		② 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	b
		③ 事業計画が職員に周知されている。	c	b
		④ 事業計画が障害のある本人(家族・成年後見人等含む)に周知されている。	b	a
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。	① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	c	a
		② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b	b
	I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。	① 質の向上に意欲を持ちその取り組みにリーダーシップを発揮している。	b	b
		② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みにリーダーシップを発揮している。	b	a

[自由記述欄]

I-1-(1)①理念は施設内に掲示しており、職員全員が参加する職員会議で施設長が伝えています。
I-1-(1)②理念と整合性のある基本方針を明文化しています。
I-1-(2)①理事会などの役員会議、月初の企画委員会、隔月の寮別会議、毎月の職員会議で職員に周知しています。
I-1-(2)②利用者への周知については掲示のみとなっており、利用者の状態に応じた対応とはなっていません。
I-2-(1)①単年度の事業計画はありましたが、中長期の事業計画は策定していません。
I-2-(1)②事業計画は企画委員会で提案していますが、評価や見直しが行われていません。
I-2-(1)③事業計画を職員に配布していますが、回覧などでの周知であるため、理解しやすい工夫となっていません。
I-2-(1)④保護者会では資料をもとに説明を行っています。利用者には事業計画を書面、口頭で周知するとともに、外出事業などは玄関に掲示しています。
I-3-(1)①施設長は自らの役割を職員会議で伝えたり、新任職員研修の資料や広報誌などに記載したりし、明らかにしています。
I-3-(1)②施設長が研修会参加後の伝達や毎朝の朝礼などで、法令遵守の重要性を説明していますが、リスト化には至っていません。
I-3-(2)①施設長は寮会議への参加や職員の個人面談を行っています。サービスの質の向上に向けての定期的な分析ができていません。
I-3-(2)②役職者間での情報共有は随時行っており、その結果を業務の改善や効率化につなげています。

II 組織の運営管理

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
II-1 経営状況の把握	II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。	① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	b
		② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見し、改善を行っている。	b	b
II-2 人材の確保・養成	II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。	① 必要な人材に関する具体的なプランが確立し、職員のやる気向上に取り組んでいる。	b	b
	II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。	① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	b
		② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	b
	II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	b	b
		② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	b
		③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行なっている。	b	b
	II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行なわれている。	① 社会福祉に関する資格取得のための実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	b	b
II-3 個人情報の保護	II-3-(1) 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	① 障害のある本人等の個人情報を「個人情報保護法」に基づき適切に管理している。	b	a
II-4 安全管理	II-4-(1) 障害のある本人の安全を確保するための取り組みが行なわれている。	① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における障害のある本人の安全確保のための体制が整備されている。	b	b
		② 災害時に対する障害のある本人の安全確保のための取り組みを行っている。	b	b
		③ 障害のある本人の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	a
II-5 地域や家族との交流と連携	II-5-(1) 地域との関係が適切に確保されている。	① 障害のある本人と地域とのかかわりを大切にしている。	b	b
		② 地域の福祉ニーズを把握し、事業所が有する機能を地域に還元している。	c	b
		③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b	b
	II-5-(2) 関係機関との連携が確保されている。	① 障害のある本人を支援するため、必要な社会資源や関係機関を明確にして連携している。	b	b
		② 家族との定期的な連携・交流の機会を確保している。	a	a

〔自由記述欄〕

- Ⅱ-1-(1)①地域の障害者ネットワーク会議に参加し、地域の社会資源などの状況把握に努めていますが、その情報が事業計画に反映するまでには至っていません。
- Ⅱ-1-(1)②税理士事務所と年間契約を結び、毎月の来所した際に相談できる体制を取っていますが、経営状況について職員と共有できていません。
- Ⅱ-2-(1)①有資格者の配置については専門職加算も考慮していますが、具体的な人材確保計画の策定までには至っていません。
- Ⅱ-2-(2)①有給休暇の取得率や時間外労働については事務所でチェックしていますが、分析や検討する担当者や部署の設置などはなく、具体的な改善には至っていません。
- Ⅱ-2-(2)②昨年度より職員面談を進めています。また、虐待研修のハートネットプロジェクトでは、現況を見直し、職員への振り返りから職員自身の困り事への相談を行っていますが、外部のカウンセラーの紹介など第三者への相談機関の確立はしていません。
- Ⅱ-2-(3)①キャリアパスの制度があり、職員が資格取得を希望した際には雇用形態に関わらず勤務での参加としていますが、組織として求める職員像は、中・長期計画での明示にはつながっていません。
- Ⅱ-2-(3)②年2回程度、外部より講師を招いての研修を開催したり、外部研修への参加をしていましたが、職員一人ひとりの研修計画は策定されていません。
- Ⅱ-2-(3)③全国施設職員大会についての報告会を開催しています。他の研修についても復命書の提出を求め、その後は全職員に回覧していますが、研修成果に対する評価や分析が行われていません。
- Ⅱ-2-(4)①実習生を受け入れる基本姿勢を明文化し、プログラムも作成していますが、実習指導者に対する研修はできていません。
- Ⅱ-3-(1)①個人情報開示の同意を取り、基本的なルールについても個人情報保護規定に明示しています。
- Ⅱ-4-(1)①職員室に「夜間及び休日の急患対応について」「利用者無断外出時の対応マニュアル」「夜間出動要請表」を貼り、緊急時の対応に備えています。急患の対応は看護師が行い、受け入れ窓口として協力医が24時間対応しています。障害の種類やリスクの種類別の管理体制マニュアルは整備していません。
- Ⅱ-4-(1)②南丹市規定の原子力災害時の避難マニュアルを整備しています。避難訓練は2カ月に一度行っています。避難場所が事業所であり、屋内回避となっています。災害時の食糧は、管理栄養士が管理し、150名の食糧を3日分備蓄しています。事業所で定めている災害時の対応が有効に機能するかの検証はしていません。
- Ⅱ-4-(1)③毎月、安全管理委員会を開催し、ヒヤリハットや事故報告書を検証しています。回覧などで全職員に周知する体制を整備しています。
- Ⅱ-5-(1)①施設行事は地域の各戸に開催チラシを配布し、積極的に参加を呼び掛けています。一大イベントの苑まつりでは事業所の体育館で行い、地域の方や家族など多くの方が交流できる機会としています。町の社会福祉協議会や、村祭りにも出向いて交流を図っていますが自治会には参加していません。また、社会資源が少なく、個々に応じた情報提供ができていません。
- Ⅱ-5-(1)②南丹市が開催する「障害者ネットワーク会議」では、社会福祉協議会、地域、施設などと事業所の活動や、情報案内を提供をしています。また、地域からの情報を得て福祉ニーズの把握に努めています。ただし、地域住民が自由に参加できる支援活動は行えていません。
- Ⅱ-5-(1)③ボランティアの受け入れはしていますが、受け入れ体制などを明記したマニュアルは整備していません。また、ボランティアへの研修も行えていません。
- Ⅱ-5-(2)①社会資源が少ない地域ですが、地域交流会などで得た情報などを利用者に提供するとともに、施設に掲示しています。社会資源のリストや機関の資料などは作成していません。
- Ⅱ-5-(2)②保護者会や、面会日で家族からの相談や情報提供を行っています。

Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
Ⅲ-1 サービス開始・継続	Ⅲ-1-(1) サービス提供の開始が適切に行なわれている。	① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	a
		② サービスの提供を始めるにあたり障害のある本人等(家族・成年後見人等を含む)に説明し同意を得ている。	b	b
	Ⅲ-1-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行なわれている。	① 支援内容の変更や暮らしの場の変更にあたり生活の継続性に配慮した対応を行っている。	b	b
Ⅲ-2 個別支援計画の作成とサービス提供手順	Ⅲ-2-(1) 障害のある本人のアセスメントが行なわれている。	① アセスメントとニーズの把握を行っている。	a	a
	Ⅲ-2-(2) 障害のある本人に対する個別支援計画の作成が行われている。	① 個別支援計画を適正に作成している。	b	a
	Ⅲ-2-(3) 個別支援計画のモニタリング(評価)が適切に行われている。	① 定期的に個別支援計画のモニタリング(評価)を適切に行っている。	a	a
	Ⅲ-2-(4) サービス実施の記録が適切に行なわれている。	① 障害のある本人に関するサービス実施状況の記録が適切に行なわれている。	a	a
		② 障害のある本人に関する記録の管理体制が確立している。	b	b
		③ 障害のある本人の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	a
Ⅲ-3 障害のある本人本位の福祉サービス	Ⅲ-3-(1) 障害のある本人ニーズの充足に努めている。	① 障害のある本人ニーズの把握を意図した仕組みを整備している。	b	b
		② 障害のある本人ニーズの充足に向けた取り組みを行なっている。	b	a
	Ⅲ-3-(2) 障害のある本人が意見等を述べやすい体制が確保されている。	① 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	b	b
		② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	b	b
		③ 障害のある本人(家族・成年後見人等含む)からの意見等に対して迅速に対応している。	c	b
	Ⅲ-4 サービスの確保	Ⅲ-4-(1) サービスの一定の水準を確保する為の実施方法が確立されている。	① 提供するサービスについて一定の水準を確保する為の実施方法が文書化されサービス提供されている。	b
② 一定の水準を確保する為の実施方法について見直しをする仕組みが確立している。			b	c
Ⅲ-4-(2) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行なわれている。		① サービス内容について定期的に評価を行なう体制を整備している。	b	b
		② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	a

【自由記述欄】

Ⅲ-1-(1)①南丹市の情報誌「なんたんwalker」にて事業所の紹介を掲載しています。ホームページやパンフレットを作成し情報提供を行っています。理念は玄関に、サービス内容などは廊下に掲示しています。見学希望者には随時対応しています。

Ⅲ-1-(1)②重要事項説明書、契約書にサービス内容や料金などを明示し、本人や家族、成年後見人などに説明し、同意を得ています。本人が理解しやすい工夫や配慮は行えていません。

Ⅲ-1-(2)①他事業所への引継ぎは業務分掌に記載し、部長が行っています。退所時などはサマリーや医療情報などを作成し連携を図っています。サービス継続の手順と引継ぎ文章は作成していません。

Ⅲ-2-(1)①アセスメントシートを定期的に作成しています。本人のニーズを本人や家族などから聞きとりアセスメントシートに記載し、目標など策定しています。

Ⅲ-2-(2)①本人や家族からニーズなどを聴取し、検討会議を定期的に行ったり、状態などの変化に応じて個別支援計画を作成しています。

Ⅲ-2-(3)①月一回、モニタリングを実施しています。また、2カ月に一回開催するケース検討会議で個別支援目標、サービス内容、評価の情報を共有しています。

Ⅲ-2-(4)①パソコンソフトで個別記録を記載して状態の把握、経過を確認しています。また、回覧やパソコンソフトなどで職員が周知できるよう工夫しています。

Ⅲ-2-(4)②記録管理の責任者は業務分掌で明示しています。記録の管理については職員研修を通して適切な実施に努めていますが、情報開示に関する規定がありません。

Ⅲ-2-(4)③パソコンソフトにて利用者の個別記録を整備、記録しています。ケース検討会議や個別支援会議で情報を共有しています。

Ⅲ-3-(1)①利用者のニーズ充足の仕組みについては、個別支援計画に記載し、家族からの聞き取りや家族会への定期的参加を通して、家族からもニーズの把握に努めています。定期的な懇談会開催はありません。

Ⅲ-3-(1)②利用者のニーズ充足については、個別支援計画に基づくPDCAサイクルの支援をきめ細かに行っています。変化の都度の再アセスメント、月1回のモニタリングにより、利用者ニーズの変化に迅速に対応しています。

Ⅲ-3-(2)①日常において、職員が話しやすい雰囲気づくりに努め、生活場面で随時利用者からの相談を気軽に受けられるようにしています。また、利用者がプライバシーの確保された空間で随時相談できるよう、宿直室などのスペースを活用して柔軟な相談体制を確保しています。相談方法などを分かりやすく説明した文書はありません。

Ⅲ-3-(2)②苦情解決の仕組みについては、規則類を整備し、第三者委員を2名選任しています。苦情・相談の申し出方法や連絡先、施設外部への相談先などは、掲示していますが、利用者に理解しやすい方法を工夫はできていません。

Ⅲ-3-(2)③利用者からの意見等に対する対応方法を明記したマニュアルは整備していますが、作成時期が古いため、現状に適応した見直しや改定ができていません。

Ⅲ-4-(1)①施設研修でプライバシー保護や業務の流れなど、職員に周知する機会を設けています。ただし、個別支援に関する全般的なマニュアルは整備していません。

Ⅲ-4-(1)②マニュアルの作成や改定ができていません。

Ⅲ-4-(2)①一年間のサービス提供を総括した「年度報告」を基に評価・分析し、次年度の「年度計画」に反映しています。また、必要に応じ、施設で選任している第三者委員に意見を聞いています。評価基準が乏しく自己評価が確認できません。

Ⅲ-4-(2)②日々の支援の中で認識した課題や業務改善のニーズについて、毎日の朝礼の中で共有、検討するとともに、必要に応じて職員会議の場で検討しています。また、検討に際しては、「業務見直しチェックシート」を活用して行っています。

IV 障害のある本人を尊重した日常生活支援

評価分類	評価項目	評価細目	評価結果	
			自己評価	第三者評価
IV-1 障害のある本人を尊重した日常生活支援	IV-1-(1) 障害のある本人を尊重する取り組みがなされている。	① 障害のある本人を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。(プライバシーへの配慮)	b	b
		② コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	b	a
		③ 障害のある本人の主体的な活動を尊重している。	b	b
IV-2 日常生活支援	IV-2-(1) 清潔・みだしなみ	① 【入浴】入浴について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	b	b
		② 【衣服】衣服について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重したサービスが提供されている。	a	a
		③ 【理美容】理美容について障害のある本人(家族・後見人等含む)の希望を尊重した選択を支援している。	b	a
	IV-2-(2) 健康	① 【睡眠】安眠できるように配慮している。	b	a
		② 【排泄】障害のある本人の状況に合わせた排泄環境を整えている。	b	b
		③ 【医療】障害のある本人の健康を維持する支援を行っている。	b	a
	IV-2-(3) 食事	① 【食事】楽しい食事ができるような支援を行っている。	b	b
	IV-2-(4) 日中活動・はたらくことの支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	b	a
	IV-2-(5) 日常生活への支援	① 障害のある本人の意思を尊重した日中の活動の取り組みを行っている。	b	b
		② 事業所の外での活動や行動について障害のある本人の思いを尊重した取り組みを行っている。	b	b
	IV-2-(6) 余暇・レクリエーション	① 障害のある本人の意思を尊重し、日常生活が楽しく快適になるような余暇、レクリエーションの取り組みを行っている。	b	b

〔自由記述欄〕

IV-1-(1)①利用者の生活スペースにゆとりを増やす目的で、新しい生活棟を平成31年4月に増設しました。増設によりできたスペースを活用し、利用者個別の事情や心情に勘案したゆとりのある居場所づくりを積極的に進めています。また、支援現場の中でプライバシーの保護や利用者への人権に配慮していることが確認できます。ただし、プライバシー保護に関する規定やマニュアルがありません。

IV-1-(1)②言語コミュニケーションの難しい利用者の、さまざまなコミュニケーションや意思伝達方法を経年の観察と介護記録により把握し、日常の支援に生かしています。また、家族や成年後見人との連携や、基幹相談支援センターからの助言も得ながら、利用者の意志や希望の理解に努めています。

IV-1-(1)③保護者会を定期的に開催しています。ただし、利用者自身による自治会は、これまで発足の動きがあったものの開設に至っていません。

IV-2-(1)①利用者の希望を尊重した入浴支援をきめ細かく行っており、障害の状況に適合した入浴設備の利用や、入浴時間の柔軟な対応など、その時々利用者の状況に合わせた支援を適切に行っています。ただし、こうした入浴支援の内容について、マニュアルは策定されていません。

IV-2-(1)②衣服の準備、選択から、更衣に至るまで、利用者の希望を確認しながら支援を行っています。

IV-2-(1)③地域の特性上、近隣に理美容室がない環境ですが、施設内に理美容ができる環境を整備し、毎月理美容師が訪問しています。

IV-2-(2)①睡眠の支援、安眠の配慮について、利用者個別にマニュアルを作成し、日々の状況に応じて適切な睡眠環境を整えるなど、柔軟できめ細かい支援をしています。

IV-2-(2)②排泄の支援については、日々の支援の中で現場を中心に検討・改善しています。ただし、こうした支援についてのマニュアルを明文化できていません。

IV-2-(2)③健康と医療に関する支援は、提携医師と適時適切な連携を維持し、利用者の体調に変化がある時の対応などについて、分かりやすく個人ファイルに記載しています。

IV-2-(3)①食の楽しみをめぐっての支援を工夫し、利用者にとって食事が大きな楽しみになっていることが食事を共有しながら確認できました。アンケート調査などを通じて、選択メニューやリクエストメニューで利用者の希望する食事を提供しています。隔月で行われる給食委員会には、管理栄養士に加え食事提供の業者も参加し、食事が楽しくできるための工夫改善を行い、献立に反映しています。

IV-2-(4)①日中活動においては、利用者の障害の状況や特性に応じて、活動の場を細かに設定しています。編み物や地域の素材を使った木工の現場では、長年の誇りと伝統を大切に取り組んでいる様子が確認できました。また、障害の重い方の日中活動の場もリハビリを組み合わせながら、その人のペースに合わせて楽しく過ごせるように工夫し、日中活動の支援に関して、個別支援計画に則って、適切な評価や改善を実践していることも確認できました。

IV-2-(5)①日常生活の支援は、個別支援計画に則って実践し、毎月行われるモニタリングの中で本人の希望と状況に応じた計画の修正を柔軟に行っています。経済的な対応能力を高めるための学習プログラムは作成していません。

IV-2-(5)②施設外で家族と過ごしたいというニーズに対し、独自の支援をしていることは特に注目できます。近年家族の高齢化が進んできたこともあり、家族と一緒に過ごしたいというニーズがあるものの外泊へのハードルが高いという利用者の事情に対し、家族寮を施設敷地内に建て、お盆や正月などに施設支援を受けながら家族とゆったり過ごせるように支援しています。こうした配慮により、利用者が自分らしく過ごせる場を柔軟に提供することができ、QOLの向上につながっています。

IV-2-(6)①余暇活動やレクリエーションについて、施設行事だけではなく、生活の中にもその人個別のゆとりや楽しみが持てるように支援しています。また、旅行や外出の計画などを本人が立てる際に、個別に支援しています。地域の社会資源は積極的に活用はできていません。